

**MÓNICA CRISTINA CUNHA GOMES**

**Relação entre a insatisfação com a imagem corporal, as  
refeições em família, perturbação emocional e  
comportamento alimentar perturbado: O papel  
moderador da maturação**

**Orientadoras: Professora Ana Nazaré Prioste e Professora Helena Fonseca**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2017**

**MÓNICA CRISTINA CUNHA GOMES**

**Relação entre a insatisfação com a imagem corporal, as  
refeições em família, perturbação emocional e  
comportamento alimentar perturbado: O papel  
moderador da maturação**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 19 de dezembro de 2017, perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 358/2017, com a seguinte composição:

**Presidente:** Professora Doutora Patrícia Pascoal

**Arguente:** Professora Doutora Rita Francisco (Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa)

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Prioste

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**2017**

## **Agradecimentos**

Ao longo deste percurso acadêmico foram várias as pessoas que estiveram comigo e que contribuíram direta ou indiretamente para que tudo isto fosse possível e não poderia deixar de agradecer-lhes.

À Professora Doutora Ana Prioste por toda a disponibilidade, apoio, carinho e motivação. Obrigada por acreditar em mim, por nunca ter desistido, por estar ao meu lado nesta fase tão decisiva da minha vida acadêmica.

À Professora Doutora Helena Fonseca por toda a disponibilidade demonstrada e por todas as sugestões e críticas dadas.

Aos meus pais que suportaram toda a minha ausência, que me deram apoio nos momentos mais difíceis, que sempre me incentivaram a não desistir e a lutar pelos meus objetivos.

Aos meus avós, que sempre acreditaram em mim, mesmo nos momentos em que eu própria não acreditava. Obrigada por todo o apoio, por terem estado do meu lado e não me deixarem desistir.

À minha tia e prima, obrigada por todos os momentos, por toda a força e motivação, por todos os risos e boa disposição constante. Por me apoiarem nos momentos mais difíceis da minha vida.

Às minhas grandes amigas, Andreia e Petra, por todo o apoio, carinho e amizade ao longo de todo este percurso. Por todos os momentos partilhados, por todas as noites mal dormidas, por todos os conselhos e motivação nos momentos mais difíceis, mas também por todos os grandes momentos vividos. Não há palavras para descrever o que vocês foram e tem sido para mim. Sem vocês não teria sido a mesma coisa.

À Catarina, amiga de uma vida, que esteve comigo desde sempre. Apesar da minha ausência nunca desistiu de me dar aquela palavra de ânimo, nunca desistiu de acreditar em mim.

A todos o meu muito obrigada!

## Resumo

A literatura tem apontado para que as variáveis individuais, familiares e sociais se influenciem circularmente, contribuindo para o risco de desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados na adolescência. Através de um desenho quantitativo transversal e com uma amostra de 326 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, o presente estudo pretende analisar: (a) as diferenças entre a ansiedade, depressão, *stress*, frequência das refeições em família e insatisfação com a imagem corporal em função do género, do grupo de púberes (pré-púberes e pós-púberes) e dos ritmos de maturação (b) identificar os preditores do comportamento alimentar perturbado; e (c) compreender se a maturação tem um papel moderador nestas relações. Os resultados obtidos mostraram que: os pós-púberes apresentam níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em relação aos pré-púberes; o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em relação ao sexo masculino; a ansiedade e a insatisfação com a imagem corporal são preditores positivos do comportamento alimentar perturbado; e a maturação tem um efeito moderador da relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado. Este estudo tem implicações para a literatura na área da psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica, adolescência e perturbações da alimentação e ingestão, ao relevarem o papel da maturação na avaliação das trajectórias (in)adaptativas na adolescência e do trabalho clínico centrado na imagem corporal e na sintomatologia ansiosa como forma de diminuição do risco de desenvolvimento de perturbações da ingestão e da alimentação.

**Palavras-Chave:** Comportamento alimentar perturbado; adolescência; maturação; perturbações emocionais; insatisfação com a imagem corporal

### **Abstract**

The literature has pointed out that individual, familial and social variables are circularly influenced, contributing to the risk of developing disturbed eating behaviors in adolescence. Through a cross-sectional quantitative design and with a sample of 326 adolescents between the ages of 11 and 13 years old, the present study aims to analyze: (a) the differences between anxiety, depression, stress, frequency of family meals and dissatisfaction with a body image with the body image according to gender, the group of pubescent (pre-pubescent and post-pubescent) and the rhythms of maturation (b) identify the predictors of disturbed eating behavior; and (c) understand whether maturation has a moderating role in these relationships. The results showed that: the post-pubescent present higher levels of dissatisfaction with the body image, in relation to the pre-pubescent ones; the female gender has higher levels of dissatisfaction with the body image, in relation to the masculine gender; anxiety and dissatisfaction with body image are positive predictors of disturbed eating behavior; and maturation has a moderating effect on the relationship between anxiety and disturbed eating behavior. This study has implications for the literature in the field of developmental psychology, clinical psychology, adolescence, and ingestion and eating disorders, by highlighting the role of maturation in the evaluation of (in)adaptative trajectories in adolescence and clinical work centered on body image and in anxious symptomatology as a way of reducing the risk of developing ingestion and eating disorders.

**Keywords:** Disturbed eating behavior; adolescence; maturation; emotional disorders; dissatisfaction with body image

### **Abreviaturas e Siglas**

IMC -	Índice de Massa Corporal
CDRS -	Contour Drawing Rating Scale
EAT-26 -	Eating Attitudes Test-26
EADS -	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
HBSC -	Health Behaviour in School-aged Children
SPSS -	Statistical Package for Social Sciences

## Índice geral

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>3</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Abreviaturas e siglas .....</b>	<b>6</b>
<b>Índice de quadros .....</b>	<b>10</b>
<b>Índice de figuras .....</b>	<b>11</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>12</b>
Adolescência(s), maturação e ritmos de maturação .....	14
Comportamentos alimentares perturbados na adolescência e perturbações da alimentação e ingestão: relação com variáveis individuais e familiares.....	17
Ansiedade, depressão e <i>stress</i> . ....	19
(In)satisfação com a imagem corporal. ....	20
Objetivos e hipóteses .....	21
<b>Método.....</b>	<b>22</b>
Desenho da investigação .....	22
Participantes.....	23
Procedimento de recolha de dados .....	23
Instrumentos .....	24
Questionário sociodemográfico .....	24
Refeições com a família.....	24
Maturação. ....	24

Índice de Massa Corporal .....	24
Contour Drawing Rating Scale .....	24
Eating Attitudes Test-26 .....	25
Depression Anxiety Stress Scale 21 .....	26
Procedimento de análise de dados.....	26
<b>Resultados</b> .....	27
Análise descritiva das variáveis.....	27
Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e stress, entre os grupos de pré-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado, pós-púberes com ritmo de maturação médio .....	29
Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e stress entre os grupos pré-púberes e pós-púberes.....	29
Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, refeições em família, ansiedade, depressão e stress, em função do género .....	29
Análise dos preditores de comportamento alimentar perturbado .....	30
Análise do papel moderador da maturação na relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado.....	31
Análise do papel moderador da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado.....	31
<b>Discussão</b> .....	33
Implicações para a literatura e para a prática clínica.....	36
Limitações e estudos futuros .....	37
<b>Referências</b> .....	35



## **ANEXOS**

Consentimento informado ..... II

Assentimento informado ..... IX

## **Índice de Quadros**

Quadro 1. Estatística descritiva das variáveis ansiedade, depressão, stress, insatisfação com a imagem corporal e frequência de refeições em família para a amostra total e para os grupos de pré-púberes e pós-púberes – total de pós-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós-púberes com ritmo de maturação médio (N = 326). ....	28
Quadro 2. Estatística descritiva da insatisfação com a imagem corporal, refeições em família, ansiedade, depressão e stress para os géneros feminino e masculino. ....	30
Quadro 3. Teste do efeito de moderação da maturação na relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado. ....	31
Quadro 4. Teste do efeito de moderação da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado. ....	32

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Modelo de regressão para os preditores do comportamento alimentar perturbado. .....	30
Figura 2. Efeito da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado.....	32

## Introdução

A literatura aponta para que as mudanças biológicas, psicológicas e sociais rápidas, profundas e simultâneas que ocorrem na adolescência, possam contribuir para o aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados (Kotler, Cohen, Davies, Pine, & Walsh, 2001; UNICEF, 2006; Andreea-Elena, 2015a; Moore, Mckone & Mendle, 2016). As perturbações da alimentação e ingestão<sup>1</sup> podem ser vistas num *continuum*, desde a ausência de comportamentos alimentares perturbados, i.e., comportamentos alimentares saudáveis, até à presença de uma perturbação da alimentação e ingestão (Keel, 2017; Peck & Lightsey, 2008). Neste sentido, o construto comportamento alimentar perturbado<sup>2</sup> tem sido definido como um conjunto de comportamentos, atitudes ou preocupações excessivas em relação à alimentação e à imagem corporal (e.g., medo de engordar, controlo constante do peso, restrição alimentar e utilização de diuréticos ou laxantes) (Latzer, Witztum, & Stein, 2008; Khodabakhsh & Kiani, 2014; Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2008) que não preenchem os critérios de diagnóstico definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais para uma perturbação da alimentação e ingestão (APA, 2002, 2014). Este conjunto de comportamentos, atitudes ou preocupações tem como objectivo a obtenção de um corpo idealizado (Torstveit et al., 2008) e pode ter consequências graves para a saúde (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg & Loth, 2011; Richmond et al., 2014). Enquanto objecto de estudo das comunidades científica e clínica, o comportamento alimentar perturbado e as perturbações da alimentação e ingestão têm sido associado/as a diversas variáveis: familiares, por exemplo, as refeições em família (Neumark-Sztainer, Larson, Fulkerson, Eisenberg, & Story, 2010); parentais, nomeadamente, as práticas parentais (Loth, Macle hose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014; Francisco, 2010); individuais, como a insatisfação com a imagem corporal (e.g., Francisco, 2010; Herpertz-Dahlmann, Dimpfle, Konrad, Klasen, & Ravens-Siebere, 2015; Rohde, Stice, & Marti, 2014); e sociais, como a influência dos media (Harrison & Hefner, 2006). Vários estudos têm também mostrado que o comportamento alimentar perturbado e as perturbações da alimentação e ingestão estão associado/as positivamente a níveis elevados de ansiedade, depressão (Ackard, Fulkerson, & Neumark-Sztainer, 2011; Andreea-Elena, 2015b) e *stress*

---

<sup>1</sup> De relevar que no DSM-IV-TR este quadro clínico era designado por perturbação do comportamento alimentar (APA, 2002).

<sup>2</sup> O construto comportamento alimentar perturbado surge na literatura internacional com a designação de *disordered eating* ou *disordered eating behaviours*.

---

(Rojo, Conesa, Bermudez, & Livianos, 2006). O desenvolvimento de perturbações da alimentação e ingestão (e.g., anorexia nervosa) tem também sido associado ao desenvolvimento pubertário e fenómenos associados, tais como as mudanças corporais na altura, no peso e, conseqüentemente, no índice de massa corporal (Abraham, & O'Dea, 2000; Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007; Zehr, Culbert, Sisk, & Klump, 2007).

Considerando que a maioria dos estudos existentes se foca nas perturbações da ingestão e alimentação e não no comportamento alimentar perturbado, torna-se pertinente investigar as especificidades associadas a este quadro subclínico. Para além disso, tendo em conta a literatura consultada, foram identificados poucos estudos focados nos preditores do comportamento alimentar perturbado e na forma como a relação entre os preditores e o comportamento alimentar perturbado são afectados pela maturação. Deste modo, o presente estudo pretende (a) analisar as diferenças entre a ansiedade, depressão, *stress*, frequência das refeições em família, e insatisfação com a imagem corporal em função do género, do grupo de púberes (pré-púberes e pós-púberes) e dos ritmos de maturação (i.e., antecipado e médio), (b) identificar as variáveis que predizem o comportamento alimentar perturbado e (c) investigar se a maturação tem um papel moderador na relação entre ansiedade, depressão, *stress*, refeições em família, e insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado.

A relevância deste trabalho pode ser justificada através de vários aspetos. Perspectivando os comportamentos alimentares perturbados como uma trajectória inadaptativa na adolescência, o mapeamento dos factores de risco associados a estes comportamentos é fulcral para prevenir percursos disfuncionais. De acordo com a perspectiva da psicologia do desenvolvimento, a persistência numa trajectória inadaptativa está associada ao desenvolvimento e cristalização de comportamentos disfuncionais, dificultando o retorno a uma trajectória adaptativa (Soares, 2000). A literatura aponta para que os comportamentos alimentares perturbados iniciados ou desenvolvidos durante a adolescência tendam a manter-se e a agravar-se ao longo do ciclo de vida (Neumark-Sztainer et al., 2011). Realça-se, assim, a necessidade de identificar os factores associados ao início de um padrão de alimentação disruptiva (Froreich, Vartanian, Zawadzki, Grisham, & Touyz, 2016) para desenvolver acções de prevenção durante a primeira fase da adolescência e nos períodos subsequentes (Neumark-Sztainer et al., 2011; Andreea-Elena, 2015a).

Pela revisão de literatura efectuada, não foram identificados estudos focados no comportamento alimentar perturbado durante a adolescência que incluam, simultaneamente, as variáveis que o presente estudo pretende analisar (e.g., Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002), i.e., a insatisfação com a imagem corporal, a ansiedade, a depressão, o *stress* e a frequência das refeições em família.

O ritmo de maturação tem sido associado a vários comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente, ao desenvolvimento de perturbações alimentares (Moore et al., 2016), à depressão e ansiedade (Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen, & Rimpela, 2003), ao abuso de substâncias (Gaudineau, 2010; Marques, Branquinho, & Matos, 2015) e a comportamentos sexuais precoces (Gaudineau, 2010). Contudo, não existem estudos em Portugal que analisem o modo como a maturação afecta a relação entre a insatisfação com a imagem corporal, a ansiedade, a depressão, o *stress*, as refeições em família e o comportamento alimentar perturbado.

### **Adolescência(s), maturação e ritmos de maturação**

A dificuldade em delimitar temporalmente o período da adolescência prende-se com vários factores. Por um lado, a adolescência é uma etapa desenvolvimental complexa e diversa, tendo em conta as mudanças físicas, psicológicas, cognitivas, emocionais e sociais que lhes estão associadas (Boisvert, 2006; Vicario et al., 2014). Por outro lado, é também um período marcado pela heterogeneidade (e.g., as mudanças que ocorrem e a sua percepção dependem de factores individuais e contextuais e da sua interacção, o que reforça a singularidade na experienciação do *adolescere*), pelo que não é possível definir um padrão generalizável a todos os adolescentes (Hazen, Schlozman, & Beresin, 2008; Machado, 2015). Apesar desta dificuldade, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) circunscreve a adolescência ao período entre os 10 e os 19 anos. Vários autores têm também subdividido esta etapa em três fases distintas (mas interdependentes), considerando as mudanças que ocorrem em diferentes domínios (Hazen et al., 2008): o período precoce, dos 10 aos 14 anos, caracterizado pelo crescimento físico abrupto e aparecimento de caracteres sexuais secundários, maior preocupação com a imagem corporal devido às mudanças físicas associadas, exploração da intimidade, início do processo de autonomia face à família; o período médio, dos 15 aos 17 anos, definido pela desaceleração no crescimento, continuação do processo de autonomia, desenvolvimento do

pensamento abstracto, necessidade de pertença a um grupo de pares e maior aceitação do corpo; e o período tardio que decorre entre os 18 e os 19 anos e que está associado à maturação física, pensamento abstrato, maior autonomia face à família, mudança da relação com os pais, construção de relações íntimas e estabelecimento de relações estáveis e recíprocas com os pares (WHO, 2006; UNICEF, 2006; Vicario et al., 2014).

De acordo com o modelo de John Hill (citado por Sprinthall & Collins, 2003), o início da adolescência é marcado por um conjunto de mudanças primárias: modificações fisiológicas (e.g., crescimento, aumento do peso e da massa muscular) (Mendle, 2014); mudanças cognitivas, com a transição do estágio das operações concretas para os estádios das operações formais (Fonseca, 2002; Monteiro, 2014); e mudanças pubertárias – desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, alterações na aparência física, menarca e a aquisição da capacidade reprodutiva (Barreira, 2010; Boisvert, 2006; Sprinthall & Collins, 2003). De acordo com Tanner e Marshall (citado por Maciel & Rebelo, 2013), a puberdade e as mudanças pubertárias são um processo de desenvolvimento contínuo, organizado em cinco estádios de maturação sexual<sup>3</sup>. A interação entre estas mudanças primárias e os contextos em que estas ocorrem (e.g., família, pares e escola) geram mudanças secundárias (e.g., relações estabelecidas com a família, autonomia, desenvolvimento da identidade, intimidade e sexualidade) (Christie & Viner, 2005; Fonseca, 2002; Sprinthall & Collins, 2003).

As diferenças de sexo ocorrem desde a concepção; contudo, é durante a puberdade que são mais acentuadas (Hayward, 2003). Nas raparigas, ocorre o aparecimento da menarca (Chipkevitch, 2001; Kakarla & Bradshaw, 2003) que assinala o início da capacidade reprodutiva (Sprinthall & Collins, 2003; Uskul, 2004). Nos rapazes, é a espermarca que marca o início da puberdade, apesar de raramente ser uma variável utilizada nos estudos (Ge et al., 2006; Marques et al., 2015). Para além disso, como este

---

<sup>3</sup> A sistematização em estádios permite compreender a forma como ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários durante a adolescência e identificar se os adolescentes se situam dentro da idade normativa para o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, pelo que são largamente utilizados na prática clínica médica (Maciel, & Rebelo, 2013; Direcção Geral de Saúde, 2013). Os estádios foram definidos através do desenvolvimento mamário (M) no sexo feminino, genitais externos (G) no sexo masculino e pilosidade púbica (P) em ambos os géneros. De acordo com Tanner e Marshall (citado em Maciel, & Rebelo, 2013), o estágio 1 refere-se ao período pré-pubertário, durante o qual não existem alterações corporais visíveis; o estágio 2 é caracterizado pelo aumento do volume dos testículos, pela pubarca e telarca; o estágio 3 e 4 correspondem ao crescimento da pilosidade púbica, a um maior crescimento das mamas e dos órgãos genitais do sexo masculino; e o estágio 5 ocorre quando o processo de maturação está completo e os adolescentes adquirem o corpo de adultos.

indicador masculino não é tão evidente, poucos estudos avaliam o desenvolvimento puberal no sexo masculino com recurso à espermarca (Mendle & Ferrero, 2012).

Apesar da variabilidade dos ritmos de maturação femininos e da dificuldade de avaliar os ritmos de maturação masculinos, alguns autores apontam para que, na Europa e na América do Norte, a menarca tenda a ocorrer entre os 12 e 14 anos (e.g., Anderson & Must, 2005; Chumlea et al., 2003; Gohlke & Woelfle, 2009; Talma et al., 2013). No entanto, alguns estudos sugerem que, no sul da Europa, as adolescentes tendem a experienciar a menarca mais cedo do que do norte da Europa (Karapanou & Papadimitriou, 2010; Parent et al., 2003). A etnia é também referida como um factor de variabilidade no início da menarca. Por exemplo, nas raparigas de etnia negra a menarca tende a ocorrer mais precocemente, em comparação com as de etnia caucasiana (e.g., Anderson & Must, 2005; Chumlea et al., 2003). Tendo em conta a literatura referenciada, neste estudo, consideraram-se: púberes com um ritmo de maturação antecipado, os participantes com idades iguais ou inferiores a 11 anos; e púberes com ritmo de maturação médio, os participantes com idades entre os 12 e os 13 anos. Os participantes com ritmo de maturação retardado não foram considerados, uma vez que ter idade igual ou superior a 14 anos era um dos critérios de exclusão para este estudo.

Na literatura, a maturação tem surgido associada aos comportamentos de risco (Mendle & Ferrero, 2012). Os estudos focados no impacto da maturação têm apontado para que exista uma associação positiva entre o ritmo de maturação antecipado, a sintomatologia depressiva e os comportamentos delinquentes em ambos os géneros (Negriff, Fung, & Trickett, 2008). No sexo feminino, o ritmo de maturação antecipado tem também sido identificado como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, abuso de substâncias, início precoce da vida sexual, excesso de peso/obesidade e comportamentos alimentares perturbados (Gaudineau et al., 2010; Graber, Seeley, Brooks-Gunn, & Lewinsohn, 2004; Mendle, & Ferrero, 2012; Stice, Presnell, & Bearman, 2001). Os resultados do estudo de Kaltiala-Heino, Rimpela, Rissanen e Rantanen (2001) também mostraram uma associação entre os indivíduos com ritmo de maturação antecipado e o quadro clínico de bulimia nervosa em ambos os géneros.



## **Comportamentos alimentares perturbados na adolescência e perturbações da alimentação e ingestão: relação com variáveis individuais e familiares**

A visão das perturbações alimentares como um *continuum* entre a presença de comportamentos e atitudes alimentares saudáveis e as perturbações da alimentação e ingestão, enquanto diagnóstico (e.g., Francisco, 2010; Peck, & Lightsey, 2008; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998), parece-nos fundamental, uma vez que, ao longo do ciclo de vida, apesar de as pessoas poderem experienciar comportamentos alimentares perturbados, não desenvolvem comportamentos significativos que cumpram todos os critérios de diagnóstico para uma perturbação da alimentação e ingestão.

Durante a adolescência, a prevalência de comportamentos alimentares perturbados e de perturbações da alimentação e da ingestão é elevada (APA, 2014; Neumark-Sztainer et al., 2011). As perturbações da alimentação e da ingestão (APA, 2014), designadas por perturbação do comportamento alimentar no DSM-IV-TR (APA, 2002), são *“caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou ingestão que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos”* (APA, 2014, p. 393). Enquanto condições psiquiátricas complexas, afetam a saúde física e emocional e requerem, por isso, uma intervenção imediata, de forma a controlar a gravidade das consequências (Boston Children’s Hospital, 2016; Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). Incluem-se nestas perturbações a anorexia nervosa<sup>4</sup> e a bulimia nervosa<sup>5</sup>. Os indivíduos que apresentam estas perturbações têm preocupações constantes em relação ao peso e à forma do corpo, apresentando níveis mais elevados de insatisfação corporal (Herpertz-Dahlmann, 2014).

Têm sido conduzidos diversos estudos no sentido de identificar e compreender os fatores associados ao desenvolvimento e à manutenção do comportamento alimentar perturbado/perturbação da alimentação e ingestão (Monteiro, 2014). Neste sentido, a

---

<sup>4</sup> A anorexia nervosa surge, normalmente, durante a adolescência ou na transição para a fase adulta e é mais prevalente no sexo feminino (APA, 2014). Esta perturbação é caracterizada por uma restrição alimentar que pode ter como consequência uma redução significativa no peso do indivíduo. O medo de engordar, leva à adoção de comportamentos para evitar o aumento do peso. O indivíduo apresenta ainda uma insatisfação relativamente à sua aparência, sendo a perceção da sua imagem corporal distorcida, não reconhecendo a gravidade da situação e chegando mesmo a negá-la (APA, 2014). A utilização de técnicas para avaliar o peso e a forma do corpo são constantes, podendo prejudicar a sua concentração em outras atividades e contextos (Lask & Bryant-Waugh, 2000; APA, 2014).

<sup>5</sup> A bulimia nervosa surge normalmente no final da adolescência ou no início da idade adulta, apresentando uma prevalência mais elevada em adultos jovens e no sexo feminino (APA, 2014).

---

literatura aponta para que factores socioculturais, familiares, individuais, genéticos e biológicos contribuam para a etiologia destas perturbações (Polivy & Herman, 2002).

Ao nível sociocultural e considerando o contexto macrossistémico (Brofenbrenner, 1977), as perturbações da alimentação e ingestão tem sido associadas ao estatuto socioeconómico (Nevonen, & Norring, 2004) e à influência dos *media* (e.g., televisão, revistas). A internalização dos ideais de beleza, modelados atualmente pela sociedade, que sobrevalorizam a magreza no sexo feminino e o corpo musculado no sexo masculino, contribui de forma significativa para a insatisfação corporal e, conseqüentemente, para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos alimentares perturbados (Francisco et al, 2015; Keel, 2017; Smolak, & Levine, 2015).

Sendo o sistema mais influente no desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida, a família assume um papel central na infância e adolescência, promovendo a individuação e socialização dos filhos e prevenindo a adoção de comportamentos de risco, através da integração de regras e limites, da prestação de cuidados, de suporte emocional e da comunicação positiva (Tomé, Camacho, Matos, & Simões, 2015). Neste sentido, a literatura tem apontado, consistentemente, o contributo de diversos fatores familiares no desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados (Neumark-Sztainer, Wall, Story, & Fulkerson, 2004), nomeadamente, a restrição ou pressão relativamente à alimentação do adolescente e controlo do peso, superprotecção, conflitos conjugais e insatisfação com o ambiente familiar (Francisco, 2010; Loth et al., 2014).

Para além destas variáveis, as refeições em família, enquanto rotinas familiares<sup>6</sup>, têm sido associadas positivamente ao bem-estar e ajustamento dos indivíduos (Fiese, Foley, & Spagnola, 2006) e à prevenção, detecção e intervenção de comportamentos de risco durante a adolescência (Fulkerson et al., 2006). As refeições em família, apesar de terem uma duração curta (entre 18 a 20 minutos), tendem a ser momentos densos, nos quais se discutem as notícias do dia, se incorporam regras de interação e se regulam emoções (Fiese, Winter, & Botti, 2011), sendo, por isso, importantes para o desenvolvimento durante a adolescência (Dickstein 2002; Fiese et al., 2011). Por exemplo, os resultados do estudo de Neumark-Sztainer e colaboradores (2004), com uma amostra de 4746 adolescentes, mostraram que existe uma associação negativa entre a quantidade das

---

<sup>6</sup> As rotinas familiares são atividades específicas e repetidas que ocorrem entre dois ou mais membros de uma família. Consistem numa comunicação instrumental, onde todos os membros assumem um compromisso temporariamente. Estas ocorrem de forma regular, porém não tem um significado especial (Spagnols & Fiese, 2007)

refeições familiares e os comportamentos alimentares perturbados (Neumark-Sztainer et al., 2004). No mesmo sentido, outros trabalhos também sugerem que a frequência de refeições em família está associada positivamente à adoção de hábitos alimentares saudáveis (e.g., Gillman et al., 2000; Videon & Manning, 2003) e que a diminuição da quantidade de refeições com a família – que é comum na adolescência – pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001).

Ao nível individual, as perturbações da alimentação e ingestão têm sido associadas à insatisfação com a imagem corporal (Forney, Holland, & Keel, 2012; Stice, Marti, & Durant, 2011), à baixa autoestima (Cella, Cipriano, Iannaccone, & Cotrufo, 2017; Courtney, Gamboz, & Johnson, 2008), à sintomatologia depressiva (Andreea-Elena, 2015; Stice et al., 2011) e ansiosa (Andreea-Elena, 2015), ao índice de massa corporal (Andreea-Elena, 2015b) e ao perfeccionismo (Holland, Bodell, & Keel, 2013).

### **Ansiedade, depressão e *stress*.**

Apesar de apresentarem uma elevada comorbilidade, as perturbações ansiosas e depressivas constituem quadros clínicos distintos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Com o intuito de as diferenciar, Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido, que serviu de base a este estudo, constituído pelas dimensões: *distress*<sup>7</sup>, i.e., sintomas não específicos que são experienciados tanto pelos indivíduos com uma perturbação ansiosa como com uma perturbação depressiva; ansiedade, i.e., níveis elevados de activação e tensão; e depressão, i.e., ausência de afecto positivo e tristeza e anedonia persistentes.

As mudanças que ocorrem durante a adolescência constituem um risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais (Hou et al., 2013), o que se traduz na prevalência elevada de perturbações ansiosas e depressivas e de *stress* e que contribui, consequentemente, para o aumento de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações da alimentação e da ingestão (Andreea-Elena, 2015b; Sharpe, Ryst, Hinshaw, & Steiner, 1996). Neste sentido, vários estudos têm mostrado uma associação positiva entre as perturbações emocionais (e.g., ansiedade, depressão) e o comportamento

---

<sup>7</sup> O *stress* corresponde a uma resposta emocional ou cognitiva de um indivíduo a um acontecimento adverso e que pode ameaçar o seu bem-estar (Paúl & Fonseca, 2001; Feldman, 2001; Fonseca, 2017). O *stress* ocorre quando, perante uma situação ou um desafio, existe um desequilíbrio, o indivíduo não consegue dar resposta às exigências que situação impõe (Paúl & Fonseca, 2001). O *stress* pode permitir ao indivíduo lidar com acontecimentos adversos, contudo, níveis elevados de *stress* podem ter consequências graves para a saúde (Feldman, 2001; Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

alimentar perturbado (Andreea-Elena, 2015b; Hou et al., 2013). Para além disso, o *stress* (i.e., resposta do organismo a uma ameaça) também tem sido associado à ingestão de alimentos não saudáveis que, por sua vez, poderão contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação da alimentação e ingestão (Hou et al., 2013; Mikolajczyk, Ansari, & Maxwell, 2009), principalmente no sexo feminino.

### **(In)satisfação com a imagem corporal.**

A imagem corporal é um constructo dimensional (Wertheim & Paxton, 2012) que pode ser definido como a “*perceção, pensamentos e sentimentos de um indivíduo relativamente ao seu corpo*” (Grogan, 2007, p.3). Apesar de ser desenvolvida ao longo de todo o ciclo de vida, através da interacção de factores psicológicos, biológicos e sociais (Wertheim & Paxton, 2012), é na adolescência que sofre alterações mais profundas com as transformações físicas da pubescência (Rodrigues, Teves, & Medeiros, 2013).

O sexo é um factor influente na perceção da imagem corporal e, consequentemente, na satisfação com a imagem corporal, i.e., na discrepância entre a autoperceção corporal e a perceção do corpo ideal (Wertheim & Paxton, 2012; Rodrigues et al., 2013). O impacto das mudanças físicas contribui para que as mudanças corporais sejam percebidas negativamente (Wertheim & Paxton, 2012), sobretudo nas raparigas, com o aumento acentuado do tecido adiposo (Baker, Thornton, Bulik, Kendler, & Lichtenstein, 2012; Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994). Como o ideal de beleza e a imagem corporal ideal são determinados socialmente com base em crenças e valores em relação à atractividade e moda, as mudanças pubertárias tendem a distanciar mais as raparigas do ideal de magreza (como beleza), precipitando a insatisfação corporal (Francisco et al., 2015; Prioste, Fonseca, Sousa, Gaspar, & Machado, 2017) e contribuindo para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Scherer, Martins, Pelegrini, Matheus, & Petroski, 2010; Wertheim & Paxton, 2012). Neste sentido, vários estudos têm mostrado que o sexo feminino tende a apresentar níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal (Francisco, Narciso, & Alarcão, 2012; Mäkinen, Puukko-Viertomies, Lindberg, Siimes, & Aalberg, 2012). Para além disso, a literatura refere que as raparigas descrevem uma imagem corporal ideal apoiada na magreza e os rapazes valorizam mais os corpos mais musculado (Keel, 2017; Smolak, & Levine, 2015; Tiggemann, 2011).

O papel dos pares e da maturação na satisfação ou insatisfação com a imagem corporal tem também sido realçado pela literatura (Rodrigues et al., 2013). Por exemplo, no sexo feminino, os resultados dos trabalhos de Klump (2013) e de Ricciardelli e Yager (2016) mostraram que as raparigas com um ritmo de maturação antecipado apresentam níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em comparação com as raparigas com o ritmo de maturação médio. Estes resultados têm sido explicados através das comparações sociais com os pares. Como as raparigas com um ritmo de maturação antecipado percebem-se como “diferentes” quando se comparam com os seus pares que seguem um padrão de maturação médio e tendem a apresentar níveis mais elevados de preocupação com o corpo e de insatisfação com a sua imagem corporal (Ricciardelli, & Yager, 2016; Wertheim & Paxton, 2011).

## **Objetivos e hipóteses**

Tendo em conta a literatura consultada e as lacunas da literatura identificadas, o presente estudo tem como objetivos, numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, analisar: (a) as diferenças entre a ansiedade, depressão, *stress*, frequência das refeições em família e insatisfação com a imagem corporal, em função do sexo (masculino e feminino); (b) as diferenças entre a ansiedade, depressão, *stress*, frequência das refeições em família e insatisfação com a imagem corporal, entre os pré-púberes, os pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e os pós-púberes com ritmo de maturação médio; (c) as diferenças entre a ansiedade, depressão, *stress*, frequência das refeições em família e insatisfação com a imagem corporal, entre o grupo de púberes (pré- e pós-púberes); (b) se a ansiedade, a depressão, o *stress*, a frequência das refeições em família e a insatisfação com a imagem corporal predizem o comportamento alimentar perturbado; e (c) investigar se a maturação tem um papel moderador na relação entre os preditores significativos do comportamento alimentar perturbado e o comportamento alimentar perturbado. Pretende-se, deste modo, contribuir para a expansão do conhecimento nas áreas da Psicologia Clínica e da adolescência.

Considerando os resultados de estudos que apontam para que ritmo de maturação antecipado esteja associado positivamente à insatisfação com a imagem corporal (Guzman & Nishina, 2014), às perturbações da alimentação e ingestão (McNicholas, Dooley,

McNamara, & Lennon, 2012) e à sintomatologia depressiva (Negriff et al., 2008) e ansiosa (Zehr et al., 2007), colocou-se a seguinte hipótese:

H1 – O/as participantes com ritmo de maturação antecipado apresentam níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, de comportamentos alimentares perturbados, de ansiedade e de depressão, em comparação com o/as maturadores médios.

Tendo em conta a literatura que sugere que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, de comportamentos alimentares perturbados (Mäkinen et al., 2012), de ansiedade e depressão (Andreea-Elena, 2015b), formulou-se a seguinte hipótese:

H2 – O sexo feminino apresenta níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, comportamentos alimentares perturbados, ansiedade e depressão, em comparação com o sexo masculino.

Considerando os resultados de estudos anteriores que mostram que a insatisfação com a imagem corporal (e.g., Rohde et al., 2014), as refeições em família (e.g., White, Haycraft, & Meyer, 2014; Neumark-Sztainer et al., 2010), o *stress* (Rojo et al., 2006), a sintomatologia depressiva (e.g., Loth, Maclehose, Bucchianeri, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014) e ansiosa (e.g., Andreea-Elena, 2015) são preditores do comportamento alimentar perturbado, espera-se que:

H3a – A insatisfação com a imagem corporal, o *stress*, a sintomatologia depressiva e ansiosa são preditores positivos do comportamento alimentar perturbado.

H3b – A frequência de refeições em família prediz negativamente o comportamento alimentar perturbado.

## **Método**

### **Desenho da investigação**

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projecto de investigação mais alargado, coordenado pelas Professoras Helena Canhão e Helena Fonseca e financiado por Public Health Initiatives Programme (PT06), EEA Grants Financial Mechanism 2009-2014, no qual se pretendeu identificar variáveis individuais e familiares associadas à insegurança alimentar em famílias com filhos adolescentes e promover estilos de vida

saudáveis. O presente estudo constitui um estudo exploratório baseado apenas num recorte da amostra de adolescentes e baseia-se numa abordagem quantitativa transversal.

## **Participantes**

A amostra foi constituída por 326 participantes, com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos ( $M = 12.4$ ;  $DP = 59$ ), dos quais 176 eram do sexo feminino (54%) e 150 do sexo masculino (46%). Quanto ao nível de escolaridade, 47.6% da amostra tinha 7 anos de escolaridade e 47.9% tinha 8 anos de escolaridade. Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, 11.3% das mães apresentava 4 anos de escolaridade, 18.4% entre 5 e 6 anos, 19% entre 7 e 9 anos, 23.6% entre 10 e 12 anos e 13.5% a licenciatura. Dos pais 16.9% apresentava 4 anos de escolaridade, 17.8% entre 5 e 6 anos, 21.8% entre 7 e 9 anos, 17.2% entre 10 e 12 anos e 8.9% a licenciatura. Em relação ao tipo de família, 81% da amostra coabitava com a família nuclear intacta, 12% coabitava só com um dos progenitores (i.e., família monoparental), 1.5% coabitava com a família reconstituída. Todos os participantes residiam na zona Centro de Portugal.

## **Procedimento de recolha de dados**

A recolha da amostra decorreu após a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e da Direção da escola. A amostra foi recolhida numa escola de ensino secundário, através de uma técnica de amostragem não probabilística. Como critério de inclusão, foi estabelecido frequentar o 7º ou 8º ano e ter capacidade de compreensão e expressão oral e escrita da língua Portuguesa. Uma amostra de 363 participantes, cumpriram estes critérios, tendo sido integrados no estudo. Foi estabelecido como critério de exclusão ter idade igual ou superior a 14 anos, pelo que foram excluídos da amostra 37 participantes ( $n = 37$ ). Deste modo, a amostra do presente estudo foi composta por 326 participantes.

Os participantes responderam ao protocolo de investigação em Outubro de 2015, no contexto de sala de aula, na presença de duas investigadoras que mostraram disponibilidade para esclarecer as dúvidas que surgissem relacionadas com as questões e/ou vocabulário. Para além disso, os dados antropométricos dos participantes (índice de massa corporal, perímetro da cintura, percentagem de massa gorda) foram recolhidos pelos professores de Educação Física.

Antes da recolha da amostra, os encarregados de educação dos participantes foram informados acerca do estudo e dos seus objetivos e assinaram um termo de consentimento informado. Os adolescentes colaboraram voluntariamente e sem qualquer remuneração, após a explicitação dos objetivos do estudo e a assinatura do assentimento informado.

## Instrumentos

**Questionário sociodemográfico.** Este questionário tem como objetivo a recolha de dados pessoais e familiares relativamente aos participantes, nomeadamente, idade, género, ano de escolaridade, composição do agregado familiar e nível de escolaridade dos pais.

**Refeições com a família.** A frequência semanal de refeições em família foi avaliada através da questão: “Na semana que passou, quantas vezes fez refeições em conjunto com a tua família toda ou quase toda?”. Os participantes responderam a esta questão numa escala de 9 pontos, de 0 = *Nenhuma* a 8 = *Mais de 7 vezes*. Quanto maior a pontuação, maior a frequência de refeições com a família.

**Maturação.** O ritmo de maturação dos participantes foi avaliado diferentemente consoante o género, tendo sido utilizadas as questões do HBSC. As participantes do sexo feminino foram questionadas em relação à menarca (e.g., “Já tem o período menstrual?”) e idade à data de ocorrência da menarca. Aos participantes do sexo masculino foi perguntado se notaram alteração na voz ou outra mudança física (e.g., “A sua voz mudou ou notou alguma outra mudança física (no corpo)?”) e em relação à idade de mudança.

**Índice de Massa Corporal.** O índice de massa corporal (IMC) foi calculado através da fórmula [peso (Kg)/Altura (m<sup>2</sup>)] (Linna, Kaprio, Raevuori, Sihvola, Keski-Rahkonen, & Rissanen, 2013), de acordo com os percentis para a idade e sexo propostos pela Organização Mundial de Saúde (2007). O IMC *z-score* foi utilizado para analisar a validade convergente do Contour Drawing Rating Scale.

**Contour Drawing Rating Scale.** O Contour Drawing Rating Scale (CDRS; versão original: Tomphson & Gray, 1995; versão portuguesa: Francisco, Narciso, & Alarcão, 2012) foi utilizado para avaliar a insatisfação com a imagem corporal. Este instrumento é composto por nove sequências de figuras que representam silhuetas femininas e masculinas, numeradas e dispostas num crescendo de volume, i.e., da *menos volumosa* (1) para a *mais volumosa* (9). A tarefa do/a participante consiste em seleccionar a figura que mais se identifica com a sua aparência atual e a que mais se identifica com o que considera ser a sua aparência ideal. O nível de insatisfação com a imagem corporal é encontrado



através do cálculo da diferença entre a silhueta actual e a ideal. Assim, um resultado de zero é um indicador de satisfação com a imagem corporal; valores negativos indicam insatisfação com a imagem corporal, sendo que idealizam uma silhueta menos volumosa; e um resultado positivo demonstra insatisfação com a imagem corporal, idealizando uma silhueta mais volumosa.

No estudo de adaptação e validação conduzido por Francisco, Narciso e Alarcão (2012), com uma amostra de 1423 adolescentes e adultos, a CDRS mostrou uma validade convergente adequada através da correlação entre a silhueta atual e o peso e entre a silhueta atual e o índice de massa corporal ( $r = .65$  e  $r = .72$ , respectivamente). No presente estudo, a CDRS também apresentou uma boa validade convergente, com  $r = .71$  para a correlação entre a silhueta atual e o IMC *z-score* e com  $r = .62$  para a correlação entre a silhueta atual e o peso.

**Eating Attitudes Test-26.** O questionário Eating Attitudes Test (EAT-26; versão original: Garner & Garfinkel, 1979; versão portuguesa: Francisco, Oliveira, Santos, & Novo, 2011) foi utilizado para avaliar os comportamentos e atitudes relacionados com a alimentação perturbada. Esta escala integra 26 itens, organizados em três escalas: Dieta, que inclui 13 itens que representam uma evitação patológica de alimentos calóricos e uma preocupação persistente com a forma física (e.g., “Empenho-me em fazer dieta”); Bulimia e preocupação com os alimentos que integra seis itens relativos a episódios de ingestão compulsiva de alimentos seguidos de comportamentos compensatórios (e.g., indução de vômitos), no sentido de evitar que o peso aumente (e.g., “Vômito depois de ter comido”); Controlo oral, composta por sete itens que avaliam o autocontrolo em relação aos alimentos e a pressão social exercida para a ingestão alimentar (e.g., “Corto a minha comida em pedaços pequenos”). Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de seis pontos de 1 (*Sempre*) a 6 (*Nunca*). Os itens da escala foram invertidos; deste modo, quanto maior a pontuação da escala, maior o nível de comportamentos alimentares perturbados.

No presente estudo, tal como no estudo de Francisco e colaboradores (2015), foi apenas considerado a pontuação total da escala como um indicador do comportamento alimentar perturbado. No estudo de adaptação e validação conduzido por Francisco e colaboradores (2011), o EAT-26 mostrou níveis adequados de consistência interna da pontuação total ( $\alpha = .91$ ). No presente estudo, a consistência interna do total da escala foi de  $\alpha = .74$ .

**Depression Anxiety Stress Scale 21.** A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress 21 (EADS-21; versão original: Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal 2004) avalia três dimensões Ansiedade (e.g., “Senti-me quase a entrar em pânico”), Depressão (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”) e Stress (e.g., “Tive dificuldades em me acalmar”). Cada uma das dimensões é constituída por sete itens, perfazendo um total de 21 itens. Cada item corresponde a uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos e é pedido ao participante que indique se experimentou esses sintomas na última semana. As respostas do são dadas através de uma escala *Likert* de quatro pontos de 0 = *Não se aplicou nada a mim* a 3 = *Aplicou-se a mim a maior partes das vezes*. Os resultados de cada sub-escala são determinados pela soma dos valores dos sete itens, sendo que as pontuações mais elevadas correspondem estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

No estudo de adaptação e validação conduzido por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004), com uma amostra de 200 participantes, o EADS-21 mostrou níveis adequados de consistência interna:  $\alpha = .74$  para a escala total,  $\alpha = .74$  para a dimensão da *Ansiedade*,  $\alpha = .50$  para a dimensão da *Depressão* e  $\alpha = .88$  para a dimensão *Stress*. No presente estudo, o EADS-21 também revelou níveis adequados de consistência interna ( $\alpha = .93$ ) para a escala total,  $\alpha = .82$  para a sub-escala da *Depressão*,  $\alpha = .84$  para a sub-escala da *Ansiedade*,  $\alpha = .84$ .

### Procedimento de análise de dados

O *software* Statistical Package for the Social Sciences, versão 22 (SPSS), foi utilizado para realizar as análises estatísticas. Inicialmente, através da análise da questão relativa à maturação, foram criadas as variáveis: púberes (pré-púberes e pós-púberes) e ritmos de maturação (antecipado e médio). A delimitação etária do ritmo de maturação antecipado (idades iguais ou inferiores a 11 anos) e médio (idade entre os 12 e os 13 anos) foi efectuada tendo em conta os estudos que sugerem que a menarca tende a ocorrer entre os 12 e 14 anos na Europa e na América do Norte (e.g., Anderson & Must, 2005; Chumlea et al., 2003; Gohlke & Woelfle, 2009; Talma et al., 2013) e os estudos (Sumia et al., 2016) que consideram que a existe um ritmo de maturação antecipado quando ocorre em idades iguais ou inferiores a 11 anos e é médio quando ocorre entre os 12 e os 13 anos.

De seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis para a amostra total e para as sub-amostras de pós-púberes (com ritmo antecipado, médio e total de pós-púberes)

e pré-púberes. Para analisar as diferenças entre os grupos de participantes com ritmo de maturação antecipado, médio e pré-púberes foi realizada uma análise de variância univariada (ANOVA) que avaliou as diferenças entre os três grupos. Posteriormente, utilizou-se um teste *t* para amostras independentes para analisar as diferenças entre os grupos pré-púberes e pós-púberes.

A análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e *stress*, em função do sexo foi também efectuada através do teste *t*-Student para amostras independentes. Com objetivo de compreender que variáveis (ansiedade, depressão, *stress*, satisfação com a imagem corporal e refeições com a família) predizem o comportamento alimentar perturbado foi realizada uma regressão linear múltipla no SPSS, utilizando o método *stepwise*. De acordo com Field (2013), as regressões múltiplas permitem construir um modelo complexo, pelo que são utilizadas para realizar análises multivariadas com mais de três variáveis. O método *stepwise* foi escolhido para analisar o grau de significância das seis variáveis inseridas no modelo, eliminar as variáveis que não apresentam um poder explicativo significativo e identificar as variáveis que melhor prediziam o comportamento alimentar perturbado, i.e., a variável dependente (Field, 2013).

Por fim, foram realizadas análises de moderação com recurso ao modelo 1 da macro para SPSS – PROCESS – desenvolvida por Hayes (2012). Com as análises de moderação procurou perceber-se quando é que a maturação (i.e., pré-púberes e pós-púberes) influencia a relação entre os preditores significativos do comportamento alimentar perturbado e o comportamento alimentar perturbado.

## **Resultados**

### **Análise descritiva das variáveis**

No Quadro 1 estão apresentados os resultados médios e os desvios-padrão das variáveis ansiedade, depressão, *stress*, frequência de refeições em família e insatisfação com a imagem corporal para a amostra total e para os grupos de pré-púberes e pós-púberes – total de pós-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós-púberes com ritmo de maturação médio.

Quadro 1. Estatística descritiva das variáveis ansiedade, depressão, stress, insatisfação com a imagem corporal e frequência de refeições em família para a amostra total e para os grupos de pré-púberes e pós-púberes – total de pós-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós-púberes com ritmo de maturação médio ( $N = 326$ ).

Variável	Total	Pré-púberes	Total pós-púberes	Pós-púberes com ritmo de	Pós-púberes com ritmo de
	( $N = 326$ )	( $n = 85$ )	(Ritmo antecipado + médio)	maturação antecipado	maturação médio
	$M (DP)$	$M (DP)$	( $n = 233$ ) $M (DP)$	( $n = 100$ ) $M (DP)$	( $n = 133$ ) $M (DP)$
2. Ansiedade	2.80 (3.52)	2.50 (3.20)	2.90 (3.66)	2.79 (3.49)	3.05 (3.83)
3. Depressão	2.87 (3.64)	2.36 (3.16)	3.08 (3.81)	2.79 (3.59)	3.31 (4.0)
4. Stress	3.56 (3.75)	3.02 (3.30)	3.79 (3.92)	3.55 (3.77)	3.98 (4.08)
5. Frequência de refeições em família	5.83 (2.71)	5.52 (2.75)	5.94 (2.69)	5.79 (2.86)	6.11 (2.5)
6. Insatisfação com a imagem corporal	.35 (1.29)	.07 (1.44)	.43 (1.2)	.44 (1.21)	.46 (1.22)

### **Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e stress, entre os grupos de pré-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado, pós-púberes com ritmo de maturação médio**

Para testar o primeiro objectivo proposto e a primeira hipótese colocada, foram analisadas as diferenças na insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e *stress* entre os grupos de participantes com ritmo de maturação antecipado, ritmo de maturação médio e grupo pré-púberes. Os resultados mostraram que não existem diferenças entre os grupos em relação à frequência de refeições em família ( $F(2) = 1.27, p = \text{n.s.}$ ), ansiedade ( $F(2) = .60, p = \text{n.s.}$ ), depressão ( $F(2) = 1.75, p = \text{n.s.}$ ) e *stress* ( $F(2) = 1.63, p = \text{n.s.}$ ) e insatisfação com a imagem corporal ( $F(2) = 2.63, p = \text{n.s.}$ ).

### **Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e stress entre os grupos pré-púberes e pós-púberes**

Tendo em conta o segundo objectivo deste trabalho, foram analisadas as diferenças entre o grupo de pós-púberes e o grupo pré-púberes em relação à insatisfação com a imagem corporal, frequência de refeições em família, ansiedade, depressão e *stress*. Os resultados mostraram que, em média, o grupo pós-púberes apresenta níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em relação ao grupo pré-púberes,  $t(310) = 2.23, p = .03$ .

### **Análise das diferenças entre a insatisfação com a imagem corporal, refeições em família, ansiedade, depressão e stress, em função do género**

No Quadro 2 estão apresentados os resultados médios e os desvios-padrão das variáveis ansiedade, depressão, *stress*, frequência de refeições em família e insatisfação com a imagem corporal para os géneros masculino e feminino.

Quadro 2. Estatística descritiva da insatisfação com a imagem corporal, refeições em família, ansiedade, depressão e stress para os géneros feminino e masculino.

Variável	Género		<i>t</i>	<i>p</i>
	Feminino <i>M (DP)</i>	Masculino <i>M (DP)</i>		
1. Ansiedade	2.75 (3.41)	2.86 (3.67)	-.29	.77
2. Depressão	2.81 (3.68)	2.96 (3.60)	-.36	.72
3. Stress	3.74 (3.87)	3.35 (3.62)	.92	.36
4. Frequência de refeições em Família	5.96 (2.62)	5.68 (2.81)	.92	.36
5. Insatisfação com a imagem corporal	.49 (1.26)	.20 (1.31)	2.02	.04
6. Comportamento alimentar perturbado	2.37 (.52)	2.29 (.53)	1.34	.18

A análise de diferenças (correspondente à segunda hipótese e ao terceiro objectivo) mostrou que, em média, o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em comparação com o sexo masculino,  $t(314) = 2.02$ ,  $p = .04$ .

### Análise dos preditores de comportamento alimentar perturbado

A Figura 1 apresenta o modelo de regressão para o comportamento alimentar perturbado, correspondente ao teste da terceira hipótese colocada e à análise do quarto objectivo. Tal como se pode observar, encontrou-se um modelo final significativo que explica 25% da variância e que inclui as variáveis insatisfação com a imagem corporal e ansiedade como predictoras do comportamento alimentar perturbado,  $F(2, 291) = 47.51$ ,  $p < .001$ .

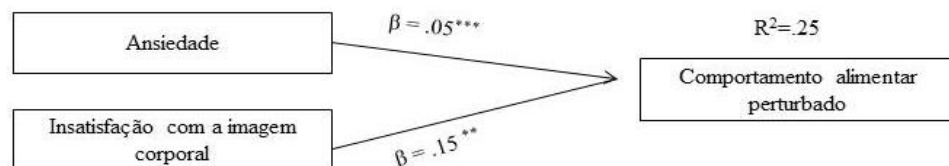


Figura 1. Modelo de regressão para os preditores do comportamento alimentar perturbado.

### **Análise do papel moderador da maturação na relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado**

No Quadro 3 apresentam-se os resultados da análise de moderação da maturação na relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado, correspondente ao quinto objectivo.

Quadro 3. *Teste do efeito de moderação da maturação na relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado.*

Preditores	Comportamento alimentar perturbado					
	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Boostrapping bias-corrected</i>	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2.31	.09	26.15	.000	2.17	2.48
Maturação (M)	-.02	.06	-.28	.780	-.15	.11
Insatisfação imagem corporal (IIC)	.18	.07	2.75	.006	.05	.31
M x IIC	-.01	.05	-.30	.767	-.11	.08

Através da análise do Quadro 3, verificou-se que, apesar de o modelo ser significativo, explicando 15.54% da variância dos resultados ( $F(3,307) = 18.83$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .16$ ), não existe um efeito de moderação da maturação, já que não existe uma interação significativa entre a insatisfação com a imagem corporal e a maturação ( $b = -.01$ ,  $p = \text{n.s.}$ ). Reforça-se, porém, o efeito direto que a insatisfação com a imagem corporal tem no comportamento alimentar perturbado ( $b = .18$ ,  $p < .01$ ).

### **Análise do papel moderador da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado**

No Quadro 4 apresentam-se os resultados da análise de moderação da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado, correspondente ao quinto objectivo.

Quadro 4. *Teste do efeito de moderação da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado.*

Preditores	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	Comportamento alimentar perturbado	
					<i>Bootsrapping bias-corrected</i>	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2.14	.11	19.32	.000	1.92	2.36
Maturação (M)	.06	.08	.671	.502	-.11	.22
Ansiedade (A)	.11	.03	4.25	.000	.06	.16
M x A	-.05	.02	-2.57	.010	-.09	-.01

O modelo obtido é significativo e explica 11.7% da variância dos resultados,  $F(3,308) = 13.61$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .12$ ). Pela análise do Quadro 4, observou-se a existência de uma interacção negativa e significativa entre a maturação e o comportamento alimentar perturbado ( $b = -.05$ ,  $p = .01$ ). Reforça-se também o efeito direto que a ansiedade tem no comportamento alimentar perturbado ( $b = .77$ ,  $p < .001$ ).

A existência do efeito moderador da maturação sugere que o efeito da ansiedade no comportamento alimentar perturbado é significativamente diferente consoante os adolescentes já tenham maturado ou não, sendo esta relação apresentada graficamente através da Figura 2. Assim, verificamos que, nos pré-púberes, o aumento dos níveis de ansiedade parece não ter um efeito significativo no nível de comportamento alimentar perturbado. Por outro lado, para os pós-púberes, o aumento dos níveis de ansiedade traduz-se também no aumento do nível de comportamento alimentar perturbado.

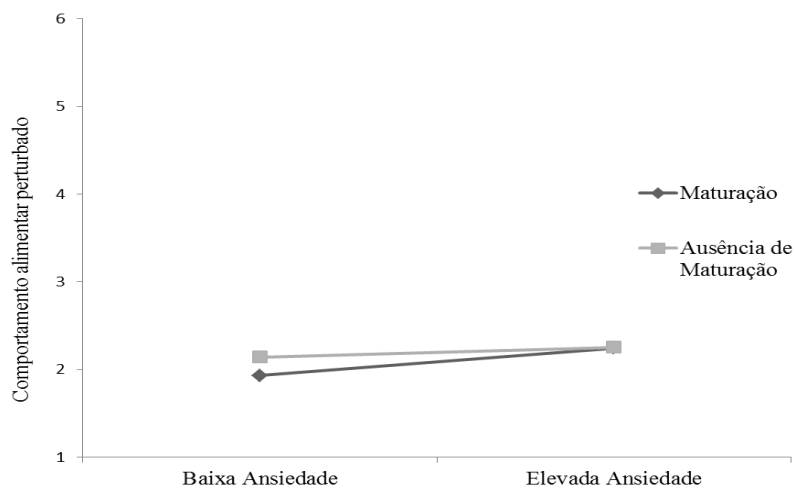


Figura 2. Efeito da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado.



## Discussão

O presente estudo pretendeu, numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, investigar: se existem diferenças nas variáveis ansiedade, depressão, *stress*, frequência de refeições em família e insatisfação com a imagem corporal entre os géneros, entre os pré-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós púberes com ritmo de maturação médio, e entre o grupo de púberes (pré-púberes e total de pós-púberes); as variáveis preditoras do comportamento alimentar perturbado; e o papel moderador da maturação na relação entre os preditores significativos do comportamento alimentar e o comportamento alimentar perturbado. Através deste trabalho, pretendeu-se contribuir para o conhecimento nas áreas de psicologia clínica (e.g., perturbações da alimentação e ingestão) e psicologia do desenvolvimento (e.g., adolescência).

A primeira hipótese que apontava para que os pós-púberes com um ritmo de maturação antecipado apresentassem níveis mais elevados de níveis de insatisfação com a imagem corporal e de sintomatologia ansiosa e depressiva não foi apoiada pelos resultados. Para além disso, os resultados obtidos sugeriram que não existem diferenças nas variáveis comportamento alimentar perturbado e sintomatologia ansiosa e depressiva entre os pré-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós púberes com ritmo de maturação médio. A ausência de diferenças pode ser justificada pelo facto de não se ter controlado a variável sexo nestas análises. De facto, a literatura tem evidenciado que a experiencição da maturação é influenciada pelo sexo (McNicholas et al., 2012). Especificamente, os estudos têm apontado para que os rapazes pós-púberes apresentem níveis mais baixos de insatisfação corporal, uma vez que as mudanças físicas associadas à maturação os aproximam do corpo ideal e socialmente valorizado, i.e., musculado (e.g., McNicholas et al., 2012). Ao invés, as modificações decorrentes das alterações pubertárias femininas (aumento do peso, da massa corporal e do tecido adiposo) (Wouters, Larsen, Dubas, & Geenen, 2011) afastam as raparigas do ideal de beleza socialmente valorizado (McNicholas et al., 2012).

Alguns estudos têm mostrado que um ritmo de maturação retardado nos rapazes se encontra associada ao desajustamento psicológico (Negriff & Susman, 2011), a níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, comportamentos alimentares perturbados (McNicholas et al., 2012) e de perturbações da internalização (e.g., depressão) (Gaysina, Richards, Kuh, & Hardy, 2015). Neste sentido,

hipotetizamos que, se este trabalho tivesse incluído um grupo de ritmo de maturação retardado e se se tivesse controlado a variável género, poder-se-iam ter encontrado diferenças nas variáveis consideradas entre os pré-púberes, pós-púberes com ritmo de maturação antecipado e pós púberes com ritmo de maturação médio.

Em relação ao segundo objectivo proposto, os resultados obtidos corroboram os resultados de trabalhos anteriores que mostraram que os adolescentes pós-púberes apresentam níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal (e.g., Mousa, Mashal, Al-Domi, & Jibril, 2010), em comparação com os pré-púberes. Contudo, como não se verificaram mais diferenças entre os grupos, os resultados não corroboram os estudos que sugerem que os adolescentes pós-púberes apresentem níveis mais elevados de ansiedade (O'Dea, & Abraham, 1999), em relação aos adolescentes pré-púberes. O facto de não se ter controlado a variável sexo também poderá contribuir para explicar estes resultados, já que o efeito da maturação na insatisfação com a imagem corporal nas raparigas e nos rapazes parece ser oposto (e.g., McNicholas et al., 2012; Mousa et al., 2010). Neste sentido, parece plausível hipotetizar que a diferença encontrada possa também estar associada ao facto de a maioria da amostra ser do sexo feminino (54%) e que, nas raparigas, o desenvolvimento pubertário está associado ao aumento das preocupações em relação à imagem corporal (Niven, Fawkner, Knowles, Henretty, & Stephenson, 2009) e à insatisfação com a imagem corporal (e.g., Mousa et al., 2010).

A segunda hipótese colocada que apontava para que o sexo feminino apresentasse níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, de sintomatologia ansiosa e depressiva e de comportamentos alimentares perturbados foi parcialmente confirmada. Os resultados obtidos suportaram empiricamente o facto de as raparigas apresentarem níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal, em relação aos rapazes, corroborando os resultados de outros trabalhos (e.g., Lawler, & Nixon, 2010; Mäkinen et al., 2012; Meland, Haugland, & Breidablik, 2007). Estes resultados podem ser explicados atendendo aos trabalhos que apontam para que o sexo feminino apresente uma maior vulnerabilidade às pressões macrossistémicas, nomeadamente, aos ideais e crenças de beleza veiculados pelos *media* (Lawler & Nixon, 2010; Mousa et al., 2010) e às tendências de moda.

A terceira hipótese que apontava para que a insatisfação com a imagem corporal, o *stress*, a sintomatologia depressiva e ansiosa e a frequência de refeições em família fossem preditores significativos do comportamento alimentar perturbado, foi também

parcialmente corroborada. Os resultados obtidos sugeriram que a insatisfação com a imagem corporal e a ansiedade predizem significativa e positivamente o comportamento alimentar perturbado, corroborando trabalhos anteriores (Johnson, & Wardle, 2005; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006; Stice, 2001; Stice, Presnell, & Spangler, 2002). A literatura tem mostrado que as mudanças psicológicas, biológicas e físicas ocorridas durante a adolescência estão associadas ao aumento da insatisfação com a imagem corporal (Neumark-Sztainer et al., 2006) e, por conseguinte, de comportamentos alimentares perturbados. Estes comportamentos que podem incluir restrições alimentares e controlo do peso (Rodgers, Paxton, & McLean, 2013) são exercidos com o objectivo de obter o corpo idealizado (Torstveit et al., 2008) e valorizado socialmente (Stice, 2001).

Os resultados deste trabalho, ao mostrarem que a ansiedade é um preditor positivo do comportamento alimentar perturbado, apoiam os resultados de estudos anteriores que mostram que a sintomatologia ansiosa aumenta a probabilidade de desenvolver níveis subclínicos e clínicos de perturbações da alimentação e da ingestão (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Acevedo, & Ariza, 2016).

Ainda em relação aos preditores do comportamento alimentar perturbado, os resultados deste trabalho não corroboram os estudos anteriores que mostraram que a depressão, as refeições com a família e o *stress* são preditores do comportamento alimentar perturbado (e.g., Loth et al., 2014; Neumark-Sztainer et al., 2010; Rojo et al., 2006; White et al., 2014). Os resultados obtidos podem ser explicados atendendo à forma como as variáveis em questão foram medidas. Por exemplo, neste estudo, só foi avaliada a natureza repetida das refeições em família, não tendo sido avaliadas outras características relevantes como a dinâmica familiar envolvida, os elementos presentes e os conteúdos transmitidos e comunicados (Fiese et al., 2006).

Em relação ao papel moderador da maturação na relação entre os preditores significativos do comportamento alimentar perturbado e o comportamento alimentar perturbado, os resultados mostraram que a maturação não modera a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar perturbado. O facto de não se ter controlado a influência do sexo na insatisfação com a imagem corporal pode explicar a ausência do efeito de moderação.

Por outro lado, os resultados mostraram que a maturação modera a relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado. Este resultado poderá suportar a

ideia de que, nos adolescentes pós-púberes, a adopção de comportamentos alimentares perturbados pode constituir-se como uma estratégia para lidar com a ansiedade decorrente das mudanças pubertárias. De uma forma mais específica, a preocupação e/ou o desconforto com o corpo poderá contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade (por exemplo, em situações de exposição social), intensificando a adopção de comportamentos alimentares perturbados como uma estratégia (inadaptativa) para lidar com a ansiedade (Pineda-García et al., 2016). Deste modo, a avaliação da maturação parece surgir como um factor relevante a considerar na avaliação, prevenção e intervenção na/as perturbações da alimentação e da ingestão. Contudo, há que evidenciar o facto de que, apesar do efeito encontrado ser significativo, não é muito expressivo ( $b = -.05$ ,  $p = .01$ ), levando-nos a considerar que a maturação pode não exercer um efeito preponderante na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado.

### **Implicações para a literatura e para a prática clínica**

Na sua globalidade, este trabalho reforça a ideia de que não são os factores *per se* que explicam o desenvolvimento de uma perturbação alimentar, mas a interacção que estabelecem (Presnell, Stice, Seidel, & Madeley, 2009). Deste modo, este estudo é consistente com uma perspectiva sistémica e com a psicopatologia do desenvolvimento.

Os resultados obtidos poderão apresentar um contributo para a literatura na área das perturbações da ingestão e alimentação e da adolescência, ao realçarem o papel da ansiedade e da insatisfação corporal como preditores do comportamento alimentar perturbado no período inicial da adolescência. Para além disso, os dados obtidos salientam a importância de considerar os níveis subclínicos das perturbações da alimentação e da ingestão através da relevância dos comportamentos alimentares perturbados, contribuindo para a expansão do conhecimento nesta área.

Os resultados deste trabalho podem contribuir para a literatura na área da psicologia do desenvolvimento, ao sugerirem a existência de diferenças entre os pós-púberes e os pré-púberes na insatisfação com a imagem corporal e do papel moderador da maturação na relação entre a ansiedade e o comportamento alimentar perturbado. Os dados obtidos reforçam também a importância de considerar a maturação na avaliação das trajectórias (in)adaptativas na adolescência. Este trabalho também poderá apresentar implicações para a área da psicologia clínica, ao sugerir que o trabalho clínico

preventivo e/ou interventivo se deverá focar na imagem corporal e na sintomatologia ansiosa como forma de diminuir o risco de desenvolvimento de perturbações da ingestão e da alimentação.

### **Limitações e estudos futuros**

Embora este estudo possa contribuir para o conhecimento científico sobre o impacto das variáveis individuais, familiares e dos ritmos de maturação no desenvolvimento do comportamento alimentar perturbado, existem várias limitações que devem ser referidas. Em relação à amostra utilizada neste trabalho, o facto de ser de conveniência, tendo sido seleccionada através de uma técnica de amostragem não probabilística, e integrando apenas adolescentes de uma escola secundária, não nos permite generalizar os resultados obtidos à população portuguesa. Como o presente estudo tem um desenho transversal, os participantes só foram avaliados num momento, o que impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis em estudo. Relativamente aos instrumentos, deve ser tido em conta o facto de se terem utilizado apenas de medidas de auto-relato, o que pode influenciar os resultados e levanta questões relativamente ao enviesamento por desiderabilidade social. A forma como a maturação foi avaliada constituiu uma limitação clara deste trabalho, nomeadamente a utilização da mudança de voz como um critério para avaliar a maturação nos rapazes. Apesar de este ser o critério utilizado por estudos internacionais alargados e robustos (e.g., HBSC), a utilização deste critério pode constituir-se como um viés porque não constitui um critério tão evidente como a menarca. Para além disso, há que realçar o facto de não se ter controlado a etnia dos participantes, o que, tal como a literatura indica, pode influenciar o ritmo de maturação (Anderson & Must, 2005; Chumlea et al., 2003). Atendendo à literatura aponta para a existência de diferenças de sexo durante a puberdade (e.g., McNicholas et al., 2012; Mousa et al., 2010), o facto de não se ter controlado a variável sexo pode também constituir uma limitação deste estudo.

Com objetivo de colmatar estas lacunas seria importante incluir participantes de outras zonas geográficas de Portugal e de alargar a faixa etária dos participantes, no sentido de incluir adolescentes com idades superiores a 13 anos. A inclusão de participantes com idades superiores a 13 anos permitir-nos-ia, provavelmente, integrar um grupo com ritmo de maturação retardado e de compreender, de forma mais alargada,

as diferenças nas variáveis consideradas, em função dos ritmos de maturação, e o papel moderador da maturação entre os preditores analisados e o comportamento alimentar perturbado. Seria também interessante desenvolver um estudo longitudinal que nos permitisse compreender a relação causa-efeito das variáveis estudadas, e o impacto, a curto prazo, da maturação.

Considerando, ainda, a literatura que aponta para que a espermarca seja utilizada como critério masculino de início da puberdade (e.g., Ge et al., 2006; Marques et al., 2015), seria importante que os estudos futuros utilizassem este critério. Para além disso, seria relevante desenvolver um estudo qualitativo que nos permitisse aceder às significações associadas à maturação nos géneros feminino e masculino. Por último, no sentido de aumentar a percentagem de variância explicada pelo modelo de regressão, seria importante incluir outras variáveis, nomeadamente, o perfeccionismo, a autoestima corporal e outras características das refeições familiares (e.g., dinâmica familiar envolvida, os elementos presentes e os conteúdos transmitidos e comunicados).

## Referências

- Abraham, S., & O'Dea, J. A. (2000). Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripubertal adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 23–28.
- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 440-446.
- Ackard, D., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Family mealtime while growing up: associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 9, 239-249.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, S. E., & Must, A. (2005). Interpreting the continued decline in the average age at menarche: results from two nationally representative surveys of u.s. girls studied 10 years apart. *Journal of Pediatrics*, 147(6), 753-760.
- Andreea-Elena, M. (2015a). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 183, 153-157.
- Andreea-Elena, M. (2015b). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the value of the body mass index, level of anxiety and level of depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 141-146.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 1024-1037.
- Baker, J. H., Thornton, L. M., Bulik, C. M., Kendler, K. S., & Lichtenstein, P. (2012). Shared genetic effects between age at menarche and disordered eating. *Journal of Adolescent Health*, 51, 491-496.
- Barker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- Barreira, M. (2010). Puberdade Tardia. Amenorreia Primária. *Nascer e Crescer*, 19 (3), 198-199.
- Bernardo, R. P., & Matos, M. G. (2003). Adaptação portuguesa do physical self-perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*, 2, 127-144.
- Boisvert, C. (2006). *Pais adolescentes: Da tolerância necessária à necessidade de intervir*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boston Children's Hospital. (2016). *Understanding eating disorders: A guide for parents and families*. Retirado de: <http://youngwomenshealth.org/wp-content/uploads/2014/10/Understanding-Eating-Disorders-Parents.pdf>. Acedido em 22 de Junho de 2017 em <http://youngwomenshealth.org/>
- Carter, R., Silverman, W.K., & Jaccard, J. (2011). Sex variations in youth anxiety symptoms: Effects of pubertal development and gender role orientation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 730-741.
- Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20, 91-99.
- Chipkevitch, E. (2001). Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77, 135-142.
- Christie, D., & Viner, R. (2005). ABC of adolescence: Adolescent development. *British Medical Journal*, 330, 301-304.
- Chumlea, W.C., Schubert, C.M., Roche, A.F., Kulin, H.E., Lee, P.A., Himes, J.H., & Sun, S.S. (2003). Age at menarche and racial comparisons in us girls. *Pediatrics*, 111(1), 110-113.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Courtney, E. A., Gamboz, J., & Johnson, J. G. (2008). Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9, 408-414.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 3, 166-175.



- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Direcção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Londres: Sage.
- Fiese, B. H., Foley, K. P., & Spagnola, M. (2006). Routine and ritual elements in family mealtimes: Contexts for child well being and family identity. *New directions for child and adolescent development*, 111, 67-89.
- Fiese, B., Winter, M. A., & Botti, J.C. (2011). The ABC's of family mealtimes: observational lessons for promoting healthy outcomes for children with persistent asthma. *Child Development*, 82 (1), 133-145.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Forney, K. J., Holland, L. A., & Keel, P. K. (2012). Influence of peer context on the relationship between body dissatisfaction and eating pathology in women and men. *International Journal of Eating Disorder*, 45(8), 982-989.
- Forrester-Knauss, C., & Stutz, E.Z. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter?. *BMC public health*, 12 (1), 1-9.
- Francisco, R. (2010). *Perturbações alimentares na adolescência: Coreografias protectoras e de risco em bailarinos e ginastas* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(34), 61-88.
- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., & Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence*, 41, 7-16.
- Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação

da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 61-88.

- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., & Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence*, 41, 7-16.
- Francisco, R., Oliveira, L., Santos, R., & Novo, R. (2011). Versão portuguesa do EAT-26 (versão para investigação). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Foreich, F. V., Vartanian, L. R., Zawadzki, M. J., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Psychological need satisfaction, control, and disordered eating. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 53-68.
- Fulkerson, J., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2006). Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 337-345.
- Garner, G., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gaudineau, A., Ehlinger, V., Vayssiere, C., Jouret, B., Arnaud, C., & Godeau, E. (2010). Factors associated with early menarche: results from the french health behaviour in school-aged children (HBSC) study. *BMC Public Health*, 10, 175-181.
- Gaysina, D., Richards, M., Kuh, D., & Hardy, R. (2015). Pubertal maturation and affective symptoms in adolescence and adulthood: Evidence from a prospective birth cohort. *Development and Psychopathology*, 27, 1331-1340.
- Ge, X., Jin, R., Natsuaki, N., Gibbons, F., Brody, G., & Cutrona, C. (2006). Pubertal maturation and early substance use risks among African American children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 404-414.
- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, L., Rockett, H., Camargo, C., Field, A., Berkey, C., & Colditz, G. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9, 235-240.

- Gohlke, B., & Woelfle J. (2009). Growth and puberty in German children: is there still a positive secular trend?. *Deutsches Arzteblatt International*, 106(23), 377-382.
- Goodwin, R.D., & Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142.
- Guzman, N., & Nishina, A. (2014). A longitudinal study of body dissatisfaction and pubertal timing in an ethnically diverse adolescent sample. *Body Image*, 11, 68-71.
- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 718-726
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R.L., & Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30(6), 823-834.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge: Psychology Press.
- Harrison, K., & Hefner, V. (2006). Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 153-16.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retirado de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hayward, C. (2003). *Gender differences at puberty*. Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Hazen, R., Schlozman, S., & Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29, 161-168.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1-19.
- Herpertz-Dahlmann, B., Dimpfle, A., Konrad, K., Klasen, F., & Ravens-Siebere, U. (2015). Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 675-684.

- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21, 405-410.
- Hou, F., Xu, S., Zhao, Y., Lu, Q., Zhang, S., Zu, P., Sun, Y., Su, P., & Tao, F. (2013). Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*, 68, 63-68.
- Johnson, F., Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal Abnormal Psychology*, 114, 119-25.
- Kakarla, N., & Bradshaw, K. (2003). Disorders of pubertal development: Precocious puberty. *Seminars in reproductive medicine*, 21, 339-351.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rissanen, A., & Rantanen, P. (2001). Early pubertal timing and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 28, 346-352.
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P., & Rimpela M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57, 1055-1064.
- Karapanou, O., & Papadimitriou, A. (2010). Determinants of menarche. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8(1), 115-122.
- Keel, P. K. (2007). *Eating Disorders*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Khodabakhsh, M. R., & Kiani, F. (2014). Body image disturbance and perfectionism as predictor's factors of disordered eating behavior among female students. *International Journal of Pediatrics*, 2, 399-406.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy foreating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2) 97-103.
- Klump, K.L. (2013). Puberty as a critical risk factor for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*, 64, 399-410.
- Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., Walsh, T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1434-1440.
- Laghi, F., McPhie, M.L., Baumgartner, E., Rawana, J.S., Pompili, S., & Baiocco, R. (2016). Family functioning and dysfunctional eating among italian adolescents:

- the moderating role of gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 43-52
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. United Kingdom: Psychology Press.
- Latzer, Y., Witztum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An update review. *European Eating Disorders Review*, 16, 361-374.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2010). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 59–71.
- Linna, M. S., Kaprio, J., Raevuori, A., Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., & Rissanen, A. (2013). Body mass index and subjective well-being in young adults: a twin population study. *BMC Public Health*, 13, 1-9.
- Lopes, L., Bragança, G., Pina, R., Fonseca, G., & Mota, A. (1998). Atrasos Pubertários. Considerações a propósito da casuística de uma consulta de endocrinologia pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 29, 509-515.
- López-Guimerà, G., Levine, M.P., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13, 387–416.
- Loth, K., Maclehose, R., Fulkerson, J., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors? *International Journal of Eating Disorders*, 47, 310-314.
- Loth, K., Maclehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S. & Neumark-Sztainer, D. (2014) Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 705-712.
- Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maciel, N., & Rebelo, O. (2013). Da puberdade à adolescência: Desenvolvimento físico, fisiológico e sexual. In T. Medeiros (Eds.) *Adolescência: Desafios e riscos*. (1ª Ed., pp. 161-182). Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Marques, A., Branquinho, C., & Matos, M. (2015). Gender differences in risk behaviours: Does sexual maturation matter?. *International Archives of Medicine*, 8(76), 1-8.

- Mäkinen, M., Puukko-Viertomies, L., Lindberg, N., Siimes, M., & Aalberg, V. (2012). Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: Additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*, 12(35), 1-8.
- Medeiros, T. (2013). *Adolescência: Desafios e riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- McLean, C.P., & Anderson, E.R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 496-505.
- McNicholas, F., Dooley, B., McNamara, N., & Lennon, R. (2012). The impact of self-reported pubertal status and pubertal timing on disordered eating in Irish adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 355-362.
- Meland, E., Haugland, S., & Breidablik, H. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22(3), 342-350
- Mendle, J., & Ferrero, J. (2012). Detrimental psychological outcomes associated with pubertal timing in adolescent boys. *Developmental Review*, 32, 49-66.
- Mendle, J. (2014). Beyond pubertal timing: New directions for studying individual differences in development. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 215-219.
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R.E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review*, 27, 151-171.
- Mikolajczyk, R.T., Ansari, W., & Maxwell, A. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*, 8(1), 1-8.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Moore, S., Mckone, K., & Mendle, J. (2016). Recollections of puberty and disordered eating in young women. *Journal of Adolescence*, 53, 180-188.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Mousa, T.Y., Mashal, R.H., Al-Domi, H.A., & Jibril, M.A. (2010). Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image*, 7, 46-50.

- Muris, P., Meesters, C., Van de Blom, W., & Mayer, B (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
- Negriff, S., Fung, M., & Trickett, P. (2008). Self-rated pubertal development, depressive symptoms and delinquency: measurement issues and moderation by gender and maltreatment. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 736-746.
- Negriff, S., & Susman, E.J. (2011). Pubertal timing, depression, and externalizing problems: a framework, review, and examination of gender differences. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 717-746.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P.J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244–251.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Fulkerson, J. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Journal of Adolescent Health*, 35, 350-359.
- Neumark-Sztainer, D., Larson, N., Fulkerson, J., Eisenberg, M., & Story, M. (2010). Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)?. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1113–1121.
- Nevonen, L., & Norring, C. (2004). Socio-economic variables and eating disorders: A comparison between patients and normal controls. *Eating and Weight Disorders*, 9, 279-284.
- Niven, A., Fawkner, S., Knowles, A., Henretty, J., & Stephenson, C. (2009). Social physique anxiety and physical activity in early adolescent girls: The influence of maturation and physical activity motives. *Journal of Sports Sciences*, 27(3), 299-305.
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, 34(136), 671–679.

Organização Mundial de Saúde. (1997). *Adolescence the critical phase: the challenges and the potential*. Retirado de

[http://www.searo.who.int/entity/child\\_adolescent/documents/adolescence\\_critical\\_phase.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/documents/adolescence_critical_phase.pdf?ua=1). Acedido em 10 de Janeiro de 2017 em <http://www.searo.who.int/en/>

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, Depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Parent, A.S., Teilmann, G.J., Juul, A., Skakkebaek, N.E., Toppari, J., & Bourguignon, J.P. (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Reviews*, 24(5), 668-693.

Paul, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163.

Peck, L. D., & Lightsey Jr, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 184-192.

Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Acevedo, S. P., & Ariza, V. V. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk: Comparison between universities of Baja California and Mexico City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (1), 49-55.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Courses of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., & Madeley, M.C. (2009) Depression and Eating Pathology: Prospective Reciprocal Relations in Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (4), 357-365.

Price, B. (2009) Body image in adolescents: insights and implications. *Paediatric Nursing*, 21(5), 38-43.

Prioste, A., Fonseca, H., Sousa, P., Gaspar, P., & Machado, M. (2017). Cross-sectional study showed psychosocial variables, gender and family involvement played an important role in an adolescent weight management programme. *Acta Paediatrica*, 106(1), 105-111.



- Quiles, M., & Espada, J. P. (2007). *Educar para a auto-estima*. Algueirão Mem-Martins: Keditora.
- Ricciardelli, L.A., & Yager, Z. (2016). *Adolescence and body image: From development to preventing dissatisfaction*. Nova Iorque: Routledge.
- Richmond, R.C., Skugarevsky, O., Yang, S., Kramer, M. S., Wade, K. H., Patel, R., Bogdanovich, N., Vilchuck, K., Sergeichick, N., Smith, G. D., Oken, E., & Martin, R. M. (2014). The association of early childhood cognitive development and behavioural difficulties with pre-adolescent problematic eating attitudes. *Plos one*, 9, 1-10.
- Rivière, J., & Douilliez, C. (2017). Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*, 116, 63–68.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 1-12.
- Rodrigues, D., Teves, C., & Medeiros, T. (2013). Auto-imagem e satisfação corporal na adolescência. In T. Medeiros (Eds.), *Adolescência: Desafios e riscos* (1ª Ed., pp. 183-208). Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Rodgers, R.F., Paxton, S.J., & McLean, S.A. (2013). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal Youth Adolescence*, 43, 814-823.
- Rojo, L., Conesa, L., Bermudez, O., & Livianos, L. (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 628-635.
- Sabbah, H.A., Vereecken, C.A., Elgar, F.J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., Ojala, K., Ahluwalia, N., & Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9, 1-10.
- Scherer, F. C. Martins, C. R., Pelegrini, A., Matheus, S. C., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em adolescentes: Associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 198-202.

- Sharpe, T. M., Ryst, E., Hinshaw, S. P., & Steiner, H. (1997). Reports of stress: A comparison between eating disordered and non-eating disordered adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(2), 117-132.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-9.
- Smolak, L., & Levine, M.P. (2015). *The Wiley Handbook of Eating Disorders (Vol 1): Basic Concepts and Foundational Research*. New Jersey: John Wiley & Sons
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectória (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Spagnola, M., & Fiese, B.H. (2007). Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*, 20(4), 284-299.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 784-790.
- Stice, E., Presnell, K., & Bearman, K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608-619.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Stice, E., Marti, C.N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology* 21 (2), 131–138.

- Sumia, M., Lindberg, N., Tyolajarvi, M., & Kaltiala-Heino (2016). Early pubertal timing is common among adolescent girl-to-boy sex reassignment applicants. *The european journal of contraception & reproductive health care*, 21 (6), 483-485.
- Talma, H., Schonbeck, Y., Dommelen, P., Bakker, B., Buuren, S., & HiraSing, R.A. (2013). Trends in menarcheal age between 1955 and 2009 in the Netherlands. *Plos One*, 8 (4), 1-7.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2ª ed., pp. 12-19). Nova Iorque: Guilford Press.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco – Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 23-34.
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108–118.
- Uskul, A. K (2004). Women's menarche stories from a multicultural sample. *Social Science & Medicine*, 59, 667-679.
- Vaughan, C.A., & Halpern, C.T. (2010). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: The contributions of weight-related concerns and behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 20 (2), 389-419.
- Vicario, M.I., Fierro, C.G., & Hidalgo, M.G. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicin*, 11(61), 3579-3587.
- Videon, T., & Manning, C. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 365-373.
- UNICEF. (2006). Adolescent development: Perspectives and frameworks. New York: United Nations Children's Fund.
- Wertheim, E. & Paxton, S. (2012). Body image development: Adolescent girls. In T.F. Cash (Eds) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp.187-193) San Diego: Elsevier.

- Wertheim, E. & Paxton, S. (2011) Body Image Development in Adolescent Girls. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2ª ed., pp. 76-84). Nova Iorque: Guilford Press.
- White, H.J., Haycraft, E., & Meyer, C. (2014). Family mealtimes and eating psychopathology: The role of anxiety and depression among adolescent girls and boys. *Appetite*, 75, 173-179.
- World Health Organization (2007). In [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/). Acedido em 28 de Agosto de 2017 em [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/).
- Wouters, E.J., Larsen, J.K., Dubas, J.S., & Geenen, R. (2011). Different mechanisms underlie post-menarchial increase in depression and weight. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 254-259.
- Zehr, J.L., Culbert, K.M., Sisk, C.L., & Klump, K.L. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior*, 52(4), 427-435.

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Consentimento Informado**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Título do estudo: Uso de novas tecnologias na promoção da segurança alimentar em adolescentes: Um programa de intervenção

N.º de Protocolo:

Promotor: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Morada: Av. de Berlim, 33 B

1800-033 Lisboa, Portugal

Número de telefone: +351 21 353 43 95

Investigadoras: Helena Fonseca, Ana Prioste

Código do participante: \_\_\_\_\_

O seu educando é convidado(a) a participar voluntariamente num estudo concebido e coordenado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia que irá realizar-se no Externato Cooperativo da Benedita. Para que possa decidir se deseja ou não que o seu educando participe neste estudo, deve compreender quais os seus objetivos, potenciais riscos e benefícios, para que possa tomar uma decisão consciente. Todas estas informações estão presentes neste formulário designado por termo de consentimento informado. Leia atentamente este formulário e coloque à equipa do estudo todas as perguntas que considere necessárias.

A equipa de investigação deste estudo irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre este estudo, bem como quaisquer outras informações que julgue necessárias. No entanto, irá receber uma cópia deste termo de consentimento informado para rever com calma e solicitar aconselhamento de familiares e amigos, se assim o desejar. Depois de

compreender a finalidade deste estudo e se desejar participar, ser-lhe-á solicitado que assine este termo.

### **Contextualização e finalidade do estudo**

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, que consiste num grupo de pessoas independentes, incluindo indivíduos com e sem formação médica, que avaliam o protocolo do estudo verificando a existência de riscos para os participantes.

Este estudo é da responsabilidade da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e tem como finalidade desenvolver um programa de intervenção na área da alimentação/nutrição e atividade física com vista à promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis e prevenção de comportamentos alimentares perturbados na adolescência.

O estudo terá uma duração de aproximadamente 6 meses. Este estudo envolverá aproximadamente 400 adolescentes dos 12 aos 13 anos e os seus pais. Neste estudo está previsto que os participantes sejam sujeitos a um programa de intervenção na área da alimentação/nutrição e atividade física. Para o efeito serão realizados os seguintes procedimentos:

1 – A equipa de investigação irá três vezes à Escola do/da seu/sua filho/a (Outubro, Janeiro e Março). Em cada uma das visitas, a equipa de investigação pedirá ao/à seu/sua filho/a que responda a um conjunto de questionários para avaliar os seus hábitos alimentares e de atividades físicas e o seu estilo de vida. Nestes três momentos, ser-lhe-á pedido a si (Encarregado de Educação) que responda também a um breve questionário sobre alimentação.

2 – Em cada uma das visitas será também realizada uma avaliação antropométrica (peso, altura, perímetro da cintura, percentagem de massa gorda e percentagem de massa magra).

3 – Serão dinamizadas duas sessões psico-educativas (uma em Outubro/Novembro e a outra em Dezembro) dirigidas, separadamente, aos pais e aos adolescentes, na qual deverão participar. As sessões centrar-se-ão na promoção de hábitos alimentares, de atividades física e na prevenção de doenças do comportamento alimentar. Pretende-se promover a prática de uma alimentação saudável a baixo custo e de fácil preparação e a prática de atividade física sem custos. As sessões serão dinamizadas pela Coordenadora da Consulta de Adolescência do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria (Professora Doutora Helena Fonseca) e por uma psicóloga.

5 – De Outubro a Dezembro, o seu educando terá acesso a uma plataforma na internet e a uma página no *facebook*, construídas e supervisionadas pela equipa de investigação. A plataforma e a página do *facebook* disponibilizarão conteúdos educativos na área da nutrição e actividade física e pretendem ser um meio para a discussão de estratégias promotoras de uma alimentação saudável a baixo custo e de fácil preparação e da prática de atividade física sem custos e preventivas de doenças do comportamento alimentar.

**Possíveis riscos ou inconvenientes da minha participação e da participação do meu educando?**

Não antecipamos riscos na sua participação nem na participação do seu educando.

**Quais os potenciais benefícios da minha participação e da participação do meu educando?**



A vossa participação poderá proporcionar-lhe informações relevantes no que diz respeito à prática de uma alimentação saudável a baixo custo e de fácil preparação e à prática de atividade física sem custos. O aconselhamento alimentar/nutricional e aconselhamento para a atividade física poderão contribuir para que adquiram hábitos alimentares e de atividade física saudáveis e, por isso, poderá contribuir para um estilo de vida mais saudável.

#### **Participação/ Abandono voluntário**

A vossa participação neste estudo é voluntária, podendo recusarem-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

#### **Confidencialidade**

As informações recolhidas durante este estudo serão fornecidas ao promotor (Sociedade Portuguesa de Reumatologia). A fim de protegermos a sua privacidade, o vosso número de participante será utilizado nos registos na base de dados, em vez do nome ou outras informações que permitam identificá-lo.

Os registos que o identificarem e o termo de consentimento informado que assine serão verificados para fins do estudo apenas pela equipa de investigação deste estudo. A Comissão de Ética responsável por este estudo pode solicitar o acesso aos seus registos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo e em estrito cumprimento dos princípios de protecção dos dados pessoais e de boas práticas clínicas.

Os resultados deste estudo poderão também ser apresentados em congressos e/ou publicações. No entanto, a sua identidade nunca será revelada nessas apresentações e/ou publicações.

### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes neste estudo, incluindo a informação antropométrica recolhida no âmbito deste estudo, serão utilizados para condução deste estudo, designadamente para fins de investigação científica relacionados com o programa de intervenção.

Ao dar consentimento à participação neste estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. A equipa de investigação deste estudo recolherá e utilizará os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados deste estudo, associados a um código que não vos identifica diretamente (e não ao vosso nome) serão comunicados pela equipa de investigação do estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados a um código que não vos identifica diretamente (e não ao vosso nome), poderão ser comunicados à Comissão de Ética competente.
4. A vossa identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos vossos dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos membros da equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que vos digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.

7. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação do investigador, o que implicará que deixe de participar neste estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte deste estudo até essa altura que não vos identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito do estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo.

8. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderão participar neste estudo. A não ser que retire o consentimento ora prestado, e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

#### **Condições financeiras inerentes ao estudo**

Não será remunerado pela participação neste estudo. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

#### **Questões**

Se tiver alguma dúvida ou questão sobre este estudo, pode contactar o investigador responsável pelo estudo:

Prof. Doutora Helena Fonseca

Hospital de Santa Maria

Avenida Professor Egas Moniz, 1649-028 Lisboa (+351) 21 7999 544

Quaisquer questões sobre os seus direitos e deveres como participante, no contexto deste estudo, podem ser endereçados à seguinte entidade independente, que apreciou e emitiu parecer favorável para este ensaio clínico:

Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Campo Mártires da Pátria, 130 1169-056 Lisboa (+351) 21 8803 000

Não assine este formulário de consentimento informado a menos que tenha tido a oportunidade de perguntar e ter recebido respostas satisfatórias a todas as suas perguntas.

### **Declaração de Consentimento Informado**

Título do estudo: Uso de novas tecnologias na promoção da segurança alimentar em adolescentes: Um programa de intervenção

N.º de Protocolo: \_\_\_\_\_

Promotor: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Fui informado de que a minha participação e a participação do meu educando neste estudo é voluntária e que por isso podemos recusar-nos a participar, ou que podemos retirar-nos deste estudo a qualquer momento sem que qualquer tipo de penalização por esse facto.

Compreendi toda a informação presente neste formulário, nomeadamente a descrição do programa de intervenção, e foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Irei receber uma cópia deste documento assinado e datado por mim e por um elemento da equipa de investigação deste estudo, e que deverei guardar até ao final do estudo.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

\_\_\_\_\_

Nome do participante

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome da pessoa que obteve o consentimento

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data Assinatura

## Anexo II – Assentimento Informado

# SAÚDE.COME.TEENS

Este estudo é desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia sob a orientação da Professora Doutora Helena Fonseca da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Os objectivos desta investigação são promover a segurança alimentar e comportamentos saudáveis e prevenir doenças do comportamento alimentar em adolescentes.

O estudo terá uma duração de 6 meses. A equipa de investigação irá três vezes ao Externato Cooperativo da Benedita (Outubro, Janeiro e Março). Em cada uma das visitas, ser-lhe-á pedido que que responda a um conjunto de questionários para avaliar os seus hábitos alimentares, os seus hábitos de atividades física e o seu estilo de vida. Em cada uma das visitas será também realizada uma avaliação antropométrica (peso, altura, perímetro da cintura, percentagem de massa gorda e percentagem de massa magra). Serão dinamizadas duas sessões psico-educativas (uma em Outubro e a outra em Janeiro) sobre a promoção de hábitos alimentares, de atividade física e de prevenção de doenças do comportamento alimentar. De Outubro a Janeiro, terá acesso a uma plataforma na internet e a uma página no facebook. A plataforma e a app disponibilizam conteúdos educativos na área da nutrição.

A equipa de investigação deste estudo irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre este estudo, bem como quaisquer outras informações que julgue necessárias. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão

tratados anonimamente. Os participantes poderão ter acesso aos resultados gerais da investigação quando estes forem publicados.

As actividades de investigação ajudam-nos a conhecer melhor determinadas populações e grupos para podermos estruturar prevenções e intervenções mais eficazes. Assim, realçamos a extrema importância da sua colaboração neste estudo, como um contributo único para o conhecimento científico nacional e internacional.

Muito obrigada pela sua participação!

A Equipa,  
Helena Fonseca

## ProFooSe Study

*Promoting Food Security in Portugal*

### Declaração de Assentimento

Fui informado de que a minha participação neste estudo é voluntária e que por isso posso recusar-me a participar ou retirar-me deste estudo a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização por esse facto.

Compreendi toda a informação presente neste formulário, nomeadamente a descrição do programa de intervenção, e foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

\_\_\_\_\_

Nome do participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Assinatura